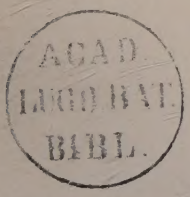
Aus der Dermatologischen Klinik des Städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. (Direktor: Prof. Dr. Herxheimer.)

Über eigenartige multiple syphilitische Gummata der Haut.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin,
Chirurgie und Geburtshilfe
der hohen Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig



vorgelegt von

Rudolf Bally
approb. Arzt aus Säckingen a. Rh.

Borna-Leipzig
Buchdruckerei Robert Noske
1911.

Der medizinischen Fakultät zu Leipzig vorgelegt und zum Druck genehmigt am 23. März 1911.

Referent: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Hoffmann.

Dem Andenken meiner Eltern.

Da momentan in der dermatologischen Fachliteratur die Sarkoide eine große Rolle spielen, dürfte ein Fall, der in der Herxheimerschen Poliklinik in Frankfurt a. M. beobachtet wurde und dessen Differentialdiagnose gewisse Schwierigkeiten machte, von besonderem Interesse sein.

Es handelt sich um eine 61 jährige Frau, deren Krankengeschichte hier folgen soll.

Anamnese: Erbliche Erkrankungen in der Familie sollen nicht bestanden haben. Als Kind hatte sie Keuchhusten und eine „Lungenerkrankung". Sonst ist sie angeblich stets gesund gewesen, auch will sie nie geschlechtskrank gewesen sein. Ihr Mann starb an Lungenentzündung. Ein Kind lebt und ist gesund, eines ist mit 14 Jahren an einer „Hirngeschwulst", ein anderes infolge eines Unfalls gestorben. Sie hat drei Mißfälle gehabt, und zwar jeweils ungefähr im 3. Schwangerschaftsmonat. Seit etwa 6 Jahren ist sie leicht nervös erregbar, was nach einer Aufregung über Familienverhältnisse zurückgeblieben sein soll. Sie hat seit der Zeit auch etwas an Gewicht abgenommen, was sie auch darauf zurückführt.

Die jetzige Erkrankung besteht angeblich seit ungefähr 2 Jahren, und zwar begann sie mit dem Auftreten von drei kleinen Knötchen in der Haut auf der linken Brustseite unterhalb der Achselhöhle. Dabei verspürte sie etwas Stechen an der Stelle, das aber nachließ, sobald das Knötchen da war. Ganz allmählich sollen sich immer mehr und mehr solche Knötchen gebildet haben, aber nur an der linken Brustseite,

niemals an einer anderen Körperstelle, und zwar war das Auftreten eines neuen Knötchens jeweils begleitet von Stechen an der betreffenden Stelle. Die Haut über den einzelnen Knötchen begann sich allmählich blaurot zu verfärben. Schmerzen sollen nie bestanden haben. In der letzten Zeit hat sie dann und wann etwas Jucken an der Stelle.

Seit ungefähr einem Jahr wurde Patientin vom Hausarzte mit Jodsalbe behandelt. Da die Krankheit aber keine Neigung zur Besserung zeigte, im Gegenteil die Zahl der Knötchen immer weiter zunahm, suchte sie am 19. April 1910 die Herxheimersche Poliklinik in Frankfurt a. M. auf, wo folgender Status praesens erhoben wurde.

Mittelgroße Frau in mäßig gutem Ernährungszustand. Knochenbau grazil, Fettpolster sehr gering, Haut im allgemeinen schlaff. Gesichtsfarbe gesund. Außer einer geringen Schwellung der Achseldrüsen, die aber vollkommen schmerzlos sind, sind keine Drüsenschwellungen vorhanden.

Auf der linken Thoraxseite in einem Bezirke, der die hintere Axillarlinie als Mittellinie hat, erstreckt sich der krankhafte Prozeß über ein Areal von 35 cm von der Achselhöhle ab in der größten Länge und von der linken Mamma ab 16 cm in der größten Breite. In diesem sonst normalen Hautgebiet sind eingesprengt multiple, disseminierte Herde, die zum Teil im Zentrum konfluieren. Dieselben fühlen sich derb an und sitzen subkutan, aber mit der Haut verlötet. Die Knoten sind bohnen- bis taubeneigroß. Durch Konfluenz werden Flatschen erzielt, die die Größe eines Fünfmarkstückes besitzen. In der Umgebung des obersten Herdes, am lateralen Rand der Scapula, befindet sich ein über kirschkerngroßer subkutaner Knoten, über dem die Haut noch verschieblich und unverändert ist. Derselbe hat eine längliche Form und

fühlt sich wie auch die übrigen Knoten derb an. Über den Rippen sind die Knoten alle verschieblich. Sie überragen das Hautniveau, so daß die Partie ein unregelmäßig höckeriges Aussehen hat. Über denselben mit Ausnahme des obengenannten ist die Haut leicht rötlich bis braunrot verfärbt. An den Verlötungsstellen mit der Haut sieht man deutlich Retraktionen der Haut, die mehr oder weniger groß sind. An anderen Stellen der Verlötung ist die Haut lichenoid verändert. Die Hautfelderung ist dort vergröbert und ein deutlicher Glanz sichtbar. An der Peripherie der Infiltrate ist die Haut für das Auge normal. Im Zentrum sind auf- bezw. eingelagert braunrote Knoten, die leicht schuppen. Mit dem Glasspatel lassen sich bei starkem Druck an diesen braunroten Knoten an einigen keine, an anderen hellgelbe Knötchen nachweisen. Eine Einschmelzung hat nirgends stattgefunden. Die Tumoren sind selbst bei starkem Druck unempfindlich.

Die sichtbaren Schleimhäute sind etwas blaß, lassen aber sonst keine pathologischen Veränderungen nachweisen. Zunge, Hals- und Rachenorgane ohne Besonderheiten.

Eine genaue Untersuchung der Lungen und des Herzens ließ nichts Krankhaftes erkennen.

Das Abdomen ist überall weich und nirgends druckempfindlich. Leber und Milz sind nicht vergrößert und haben normale Konsistenz.

Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker.

Auch die Untersuchung des Nervensystems ließ auf keine pathologischen Veränderungen schließen.

Wir dachten zuerst an einen tuberkulösen Prozeß, vor allem wegen des lupösen Aussehens der einen Stelle, und Patientin bekam zuerst Oleum Jecoris Aselli und dann Ichthyolpillen.

Verlauf.

Am 23. Juni stellte sich die Patientin wieder vor. Es war keine Besserung des Leidens zu sehen. Im Gegenteil, die lividrote Verfärbung der Haut über den einzelnen Tumoren hatte bedeutend zugenommen. Auch schienen sich drei neue Knötchen von Kleinhaselnußgröße gebildet zu haben, und zwar in der Gegend der linken hinteren Achselfalte. Ihre Konsistenz ist wie die der übrigen Knoten derb, und sie sind vollkommen indolent. Die Haut ist darüber etwas über das Niveau erhaben und leicht rosa verfärbt. Im übrigen befindet sich Patientin vollkommen wohl. Außer etwas Aufstoßen nach Einnahme der Ichthyolpillen keine Beschwerden.

Am 27. Juni kam Patientin ins städtische Krankenhaus zur Venaepunctio und sonstigen Untersuchungen. Das Bild hatte sich nicht verändert. Die Konsistenz der Knoten war immer noch dieselbe. Nirgends Druckempfindlichkeit. Neue Knoten hatten sich keine mehr gebildet. Eine Untersuchung des Blutbildes ergab völlig normale Werte: 72 % Leukocyten, 23 % Lymphocyten, 2 % eosinophile Leukocyten, 2 % Übergangsformen und 1 % Mastzellen. Auch die Erythrocyten zeigten keinerlei Veränderungen. Außerdem wurde noch eine Injektion von 0,0002 g Alttuberkulin gemacht, auf die aber weder eine lokale noch eine allgemeine Reaktion erfolgte. Nachdem früher schon zwei Stellen zur mikroskopischen Untersuchung exzidiert worden waren, gab Patientin jetzt eine abermalige Exzision zu einem Tierversuch nicht zu.

Die Wassermann-Reaktion fiel stark positiv aus, und somit sahen wir uns genötigt, zusammen mit der Anamnese die bisherige Diagnose anzuzweifeln und gleichzeitig Jodkali zu verordnen.

Die Patientin stellte sich am 30. Juni wieder in der Poliklinik vor. Auch jetzt war noch keine Wirkung der Ichthyolpillen zu konstatieren. Sie bekam vom 30. Juni ab statt der Ichthyolpillen nun Solutio Kalii jodati 20,0/300,0, 3 mal täglich einen Eßlöffel.

Am 7. Juli stellte sich die Patientin abermals in der Poliklinik vor. Nun war eine auffallende Besserung zu konstatieren. Die Knoten waren wohl noch vorhanden, aber ihre Konsistenz war bedeutend weicher geworden. Die Verfärbung der Haut bestand noch unverändert. Das Jodkali vertrug Patientin gut. Sie nahm es in denselben Dosen weiter.

Am 28. Juli ergab die Untersuchung, daß sämtliche Tumoren bis auf einen vollständig verschwunden waren. Patientin klagte nur über zeitweiliges, vorübergehendes Unbehagen und kurzdauernde Schwindelanfälle (Jodkaliwirkung).

Am 4. August wurde noch einmal eine Venaepunctio gemacht zum Anstellen einer Wassermannschen Reaktion, die wiederum stark positiv ausfiel.

Mikroskopischer Befund.

Es wurden bei unserem Falle zwei Exzisionen gemacht, und zwar eine an einer Stelle, die etwas über das Hautniveau erhaben ist, die Haut aber weiter keine Veränderungen zeigt, und wo man deutlich einen subkutanen, etwa haselnußgroßen Knoten fühlen konnte, der frei auf der Unterlage verschieblich war. Eine zweite Exzision wurde an einer Stelle vorgenommen, wo die Haut bereits bläulichrot verfärbt und mit dem auch etwa haselnußgroßen Knoten fest verwachsen war.

Die Schnitte wurden gefärbt mit Hämatoxylin-Eosin, Cresylechtviolett, Weigert, Unna-Pappenheim und Ziehl-Neelsen.

Wie auch schon makroskopisch an der Haut zu sehen war, handelt es sich um zwei vollständig verschiedene mikroskopische Bilder, die die beiden Stücke liefern.

Zunächst die Beschreibung eines Schnittes von dem ersten Stück.

Die Epidermis ist ganz intakt und zeigt gegenüber dem Normalen keine Abweichung.

Auch die Cutis ist im großen ganzen ohne Veränderungen, wenigstens in ihren oberen Schichten, nur an einigen Stellen ist um die Gefäße und Knäueldrüsen herum eine geringe kleinzellige Infiltration zu sehen. Die tieferen Schichten der Cutis und die Subcutis sind der Sitz schwerer pathologischer Veränderungen. Wir finden hier das Bindegewebe verdrängt und ersetzt durch eine dichte kleinzellige Infiltration, die gegen das normale Gewebe nicht durch eine bindegewebige Kapsel abgetrennt ist, sondern sich gleichsam regellos in den Lymphspalten vorwärtsschiebt und überall durch Balken und Brücken zusammen in Verbindung steht. Das dazwischengelegene Bindegewebe zeigt verbreitete Züge und neugebildete Bindegewebszellen. Im Gegensatz zu diesem diffus infiltrativen Typus finden sich auch einige wenige miliare Knötchen, die aber auch nicht von einer bindegewebigen Kapsel umschlossen sind, sondern sich nur mehr oder weniger scharf von der Umgebung abgrenzen. Diese Knötchen entsprechen an einigen Stellen genau dem Bilde eines miliaren Tuberkels. Im Zentrum bestehen sie vorwiegend aus epitheloiden Zellen, in die vereinzelte typische Langhanssche Riesenzellen eingelagert sind, während die Peripherie gebildet wird von einkernigen Rundzellen. Gefäße fehlen in diesen Knötchen vollkommen. Im übrigen besteht die kleinzellige Infiltration des Bindegewebes im wesentlichen aus einkernigen Rundzellen, dann

und wann vermischt mit mehrkernigen Leukocyten. Mastzellen sind nur ganz vereinzelt vorhanden. Mikroorganismen fehlen ganz. Die elastischen Fasern in dem Infiltrate sind sehr spärlich, erscheinen zerfallen und blasser gefärbt.

Das Bild, das wir von einem weitervorgeschrittenen älteren Tumor, über dem die Haut blaurot verfärbt und der fest mit der Haut verwachsen ist, erhalten, sieht folgendermaßen aus: Hier ist nicht mehr die Subcutis der Hauptsitz der pathologischen Veränderungen, sondern der Prozeß ist in die Cutis, und zwar fast bis an die Epithelzapfen der Epidermis vorgedrungen.

Das Übersichtsbild, das wir bei schwacher Vergrößerung erhalten, zeigt uns wie vorhin der Hauptsache nach eine kleinzellige Infiltration, die sich unregelmäßig in das umgebende Bindegewebe fortsetzt. Auch hier ist nichts von einer umschließenden Kapsel zu sehen, wenn auch an einzelnen Stellen mehr oder weniger deutliche Knötchen zu erkennen sind. Auffallend ist hier die Menge der regellos in das meist aus einkernigen Rundzellen bestehende Infiltrationsgewebe zerstreuten Langhansschen Riesenzellen mit randständigen Kernen und zentraler Nekrose. Auch sind hier Stellen zu erkennen, wo das Gewebe schlecht gefärbt und strukturlos ist und wo sich auch die Zellkonturen und die Kerne nicht mehr so scharf abheben wie in der Umgebung. Diese Stellen dürften Nekrosen entsprechen. Nach Färbung von Unna-Pappenheim zeigen sich schon bei schwacher Vergrößerung große Mengen von Plasmazellen. Diese liegen teils diffus in dem Rundzelleninfiltrat, teils finden sie sich um die Gefäße ringförmig angeordnet. An einzelnen Stellen ist das Vorkommen von Plasmazellen so dicht, daß man von einem Plasmom sprechen könnte.

Auch in den Schnitten des jüngeren Knotens ist eine Vermehrung der Plasmazellen zu finden, doch sind sie lange nicht so häufig wie in den Schnitten des weitervorgeschrittenen Knotens.

Wie oben wurden auch bei der Durchsicht einer größeren Serie von Schnitten des zweiten Knotens, gefärbt nach Ziehl-Neelsen, keine Mikroorganismen gefunden.

Wir können nun mit Sicherheit die Diagnose subkutokutane nicht ulzerierende Gummen stellen, denn außer der Anamnese, die uns von drei Aborten unterrichtet, wird diese Diagnose noch erhärtet durch den stark positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion und durch die prompte Wirkung des Jodkali. Der klinische Verlauf selbst und die mikroskopische Untersuchung läßt uns in diesem Falle nicht absolut sicher zu dieser Diagnose kommen, wenn auch die außergewöhnlich starke Infiltration um die Gefäße herum (Präparat 2) den Verdacht auf Lues erweckte.

Wie oben schon erwähnt, dachten wir anfangs, bevor uns die Frau die drei Aborte zugab und vor dem stark positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion, an Sarkoide, und zwar zunächst an die von Boeck (21) beschriebenen multiplen benignen Lupoide, da wir an der einen Stelle jene lupusähnlichen Knötchen fanden. Boeck betont als wichtige Eigenschaft der Lupoide, daß sie bei Diaskopie weniger durchschimmernd sind als Lupusknötchen, häufig aus kleinen, hanfkorngroßen oder punktförmigen Körperchen von gelblicher oder grauer Farbe zusammengesetzt sind. Dies wird namentlich zur Zeit der Rückbildung beobachtet. Die Rückbildung gestaltet sich nach Boeck folgendermaßen: Die Knötchen sinken in der Mitte ein, die Mitte färbt sich violett, bedeckt sich mit einem Netz von Teleangiektasien, und es bildet sich

ein gelblicher, manchmal etwas schuppender Rand. Dieses Bild hatten wir nun tatsächlich an der einen Stelle, aber der histologische Befund, den Boeck gerade für diese Form als überaus charakteristisch hinstellt, war ein ganz anderer, wie wir oben schon gesehen haben. Das Boecksche benigne Lupoid besteht aus Zellhaufen und scharf umschriebenen gelappten Wülsten, die in die perivaskulären Lymphräume eingelagert scheinen und das elastische Bindegewebe der Cutis verdrängen. Oft lehnen sich diese Zellhaufen an ein Blutgefäß an oder werden von ihm zentral durchzogen. Dann sagt er weiter, was auch unserem Bilde gar nicht entspricht, daß die Zellhaufen überwiegend und oft sogar ausschließlich aus epitheloiden Zellen mit nur wenig färbbarem Kern zusammengesetzt seien. Außerdem findet man noch vielkernige Zellen und unvollkommene Riesenzellen und nur selten richtige Langhanssche Riesenzellen. Zuweilen am Rand ein Schwarm von Lymphoidzellen oder Lymphocyten mit spärlichen Plasmazellen.

Wir sehen also hier ein ganz anderes Bild, denn in unserem Falle fanden wir ungefähr gerade das Entgegengesetzte: massenhaft fast ausschließlich lymphoide Zellen, wenig epitheloide, massenhaft echte Langhanssche Riesenzellen und sehr reichlich Plasmazellen. Außerdem ist der Sitz des Boeckschen Lupoids hauptsächlich in den wechselnden Schichten der Cutis, zuweilen in ihrer ganzen Dicke. In der großknotigen infiltratierten Form gelangen sie bis in die oberen Schichten der Subcutis. Bei unserem Falle hingegen entwickelt sich der Knoten in der Subcutis und schiebt sich allmählich in die Cutis vor.

Ich denke, es genügt, wenn ich diese Unterschiede genannt habe. Man könnte ja auch noch die Lokalisation er-

wähnen, die bei dem Boeckschen Lupoid hauptsächlich im Gesicht ist, und endlich ist das Prädilektionsalter der Krankheit 13—45 Jahre.

Wir ließen darum damals diese Diagnose fallen und suchten unseren Fall der von Darier (1 u. 2) unter dem Typus „subkutane Sarkoide" zusammengefaßten Gruppe anzureihen.

Darier (2) charakterisiert diese subkutanen Sarkoide folgendermaßen: „In klinischer Beziehung sei kurz hervorgehoben, daß es sich um multiple, gutartige, sich langsam entwickelnde Geschwülstchen von Erbsen- bis Nußgröße handelt. Sie beginnen ganz allmählich, ohne daß die Patienten es merken. Ihren Sitz haben sie in der Subcutis. Sie sind mit der Cutis verwachsen und gemeinsam mit dieser über dem unterliegenden Gewebe verschieblich, oft zirkumskript, nicht selten diffus sich ausbreitend. Die Lokalisation ist eine beschränkte. Sie sitzen ausschließlich am Rumpf, bevorzugt sind die Weichen, das Hypochondrium und die Schultern. Sie sind nur bei Erwachsenen vorgekommen. Die Gebilde bleiben meist stationär, bilden sich mitunter spontan zurück, aber sie verfallen nicht der spontanen Erweichung, haben auch keinen Einfluß auf das Allgemeinbefinden. Besonders auffällig ist der Bau dieser subkutanen Sarkoide. Die Neubildung sitzt hauptsächlich in der Subcutis und schickt Ausstrahlungen in die Cutis, die sie von unten nach oben zu durchsetzen strebt. Sie besteht zum größten Teil aus epitheloiden, aus jungen Bindegewebszellen und aus Lymphocyten, untermischt mit zahlreichen typischen oder halbfertigen Riesenzellen. Plasmazellen und Mastzellen sind nur spärlich vorhanden, polynukleäre nur stellenweise. Meist legen sich die epitheloiden, lymphoiden und die Riesenzellen zu richtigen tuberkulösen Follikeln zusammen. An einzelnen Stellen ist die Infiltration lockerer. An einzelnen

Gefäßen besteht Perivasculitis, andere sind obliteriert und so durchsetzt, daß man nur noch ihr elastisches Skelett erkennt; dabei scheinen die Gefäße für das Infiltrat richtunggebend zu sein. Rings um die Neubildung liegen gut abgegrenzte Zellhaufen der nämlichen Arten, die wie verstopfte Lymphgefäße aussehen. Das Fettgewebe in der Subcutis zeigt deutlich die Veränderungen der Wucheratrophie mit Bildung von endogenen und Riesenzellen; stellenweise besteht auch unverkennbare Sklerose.

Das subkutane Sarkoid unterscheidet sich demnach durch sein Aussehen, seinen Umfang, seinen subkutanen Sitz und seine topographische Verteilung vom Boeckschen Sarkoid. Histologisch bildet es ursprünglich eine mehr tuberkulös ähnliche Erkrankung; seine Veränderungen sind weniger abgegrenzt, ausgedehnter, mehr infiltrierender Natur".

Darier (2) selbst sagt aber auch schon, man soll den tuberkuloiden Bau der Sarkoide nicht zu hoch anschlagen, da man nach Beobachtungen von Philippson, Max Markuse, Finger, Nikolaus weiß, daß auch bei Syphilis ähnliche Granulome vorkommen, ebenso bei Lepra, Sporotrichose, Blastomykose usw.

Philippson (3) entgegnet Darier, als er auf dem XVI. Internationalen Medizinischen Kongreß zu Budapest am 2. 9. 1909 über die Sarkoide und deren Einteilung in die vier Typen referiert hatte: „Die Histologie der Sarkoide ist die, die man bei Lues findet. Histologisch läßt sich jedenfalls das Sarkoid nicht mit Sicherheit diagnostizieren. Weder klinisch noch histologisch lassen sich die Fälle von Syphilis trennen. Jede Form der Sarkoide muß bezüglich ihrer Ätiologie für sich allein untersucht werden".

Warum wir zuerst an Tuberkulose dachten in unserem

Falle, war vor allem das lupöse Aussehen der Haut an einigen Stellen. Es waren an den betreffenden Stellen auf- bezw. eingelagert braunrote Knötchen, die leicht schuppten und auf Druck mit dem Glasspatel kleine hellgelbe Knötchen nachweisen ließen. Auch der histologische Befund konnte für Tuberkulose sprechen, wenn es ja auch schon lange bekannt ist, daß die Tuberkelstruktur auch bei Syphilis vorkommt. So fand schon Griffini (5) im Jahre 1875 bei einem kleinpapulösen Syphilid zahlreiche tuberkulöse Knötchen. Ebenso beschreiben Unna (6), Michelson (8), Jadassohn (7) und Herxheimer (4) vor langer Zeit schon diese Gewebsstruktur bei Syphilis, und heutzutage sind sich wohl fast alle Autoren einig, daß die Tuberkelstruktur ohne positiven Tuberkelbazillenbefund nicht spezifisch für Tuberkulose ist. Über das Vorkommen von Langhansschen Riesenzellen in Gummen haben schon Alex. Jakobsohn (9), Baumgarten (10), Brodowski (11), Browicz (12) und R. Schuchard (13) berichtet, und auch alle neueren Autoren fanden in sicheren luetischen Prozessen Riesenzellen. Der vollkommen negative Ausfall der Tuberkulinreaktion, der negative Tuberkelbazillenbefund und die erfolglose Therapie berechtigten uns dann wohl auch dazu, die Diagnose Tuberkulose fallen zu lassen.

Wie oben schon erwähnt, brachte uns vor allem der stark positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion, zusammen mit der Anamnese, auf die Diagnose Gummen.

Das Vorkommen solcher subkutanen Gummen ist schon lange bekannt, wenn auch die Fälle nicht gerade häufig sind. Lang (14) sagt: „Es ist das gar nichts Ungewöhnliches, bohnen-, walnuß-, ja faustgroße, rundliche, länglichrunde oder abgeplattete Geschwülste zu beobachten, die ursprünglich hart sind und unter der Haut frei beweglich erscheinen“. Ferner

sind sie von Düring, Kaposi (15), Joseph (16) und Herxheimer (4) beschrieben.

Um noch einige neuere Autoren anzuführen, so hat Loewald (17) einen Fall von subkutanen Gummen beschrieben, der zwar der Lokalisation der Erkrankung nach nicht unserem Falle entspricht, dessen mikroskopische Untersuchung aber ganz mit dem unserigen übereinstimmt. Bei seinem Patient war der Prozeß lokalisiert auf den rechten Arm. Auch er beobachtete wie wir unter Jodkalitherapie ein völliges Verschwinden der Tumoren. Zur mikroskopischen Untersuchung hatte er auch zwei verschieden alte Stellen exzidiert und fand folgendes: Starke kleinzellige Infiltration, zwischen den Zellen junges Bindegewebe mit ovalen Kernen. Keine Kapsel nach der Peripherie zu; die kleinzellige Infiltration setzt sich unregelmäßig in das umgebende subkutane Fettgewebe, das den Tumor rings umgibt, fort. Spärliche Mastzellen. In der Peripherie mehrere, teilweise obliterierte Gefäße mit stark verdickter Wandung. Nirgends degenerative Vorgänge. Keine Mikroorganismen. Die Untersuchung eines vorgeschritteneren Tumors gibt im großen ganzen den gleichen Befund, nur sind hier eine große Zahl Langhansscher Riesenzellen mit randständigen Kernen und zentraler Nekrose vorhanden. Nach dem Zentrum hin vielfach größere Herde, in denen die Zellkonturen und die Kerne nicht mehr erkennbar sind, das Gewebe schlecht gefärbt und vollkommen gleichmäßig und strukturlos ist (Nekrose). Tuberkelbazillen konnten nach Ziehl-Neelsen nicht gefunden werden.

Wir sehen also auch hier, wie der Prozeß aus der Tiefe allmählich nach der Oberfläche hin vorrückt. Ob es schließlich doch zu einem oberflächlichen Zerfall der Gummen kommen würde und ob das durch den Eingriff einer spezifischen

Kur verhindert wurde, läßt sich nicht sagen, ist aber vielleicht anzunehmen.

Ein anderer Fall aus der Poliklinik von Rosenthal, der unserem genau entspricht, wurde von Koller (18) bei einer Sitzung der Berliner dermatologischen Gesellschaft 1901 vorgestellt.

Es handelte sich um einen Patienten, der sich im Jahre 1890 luetisch infiziert hatte und damals eine Schmierkur und zwei Jahre darauf eine Injektionskur durchgemacht hatte. „Vor zwei Jahren bemerkte Patient Anschwellungen an verschiedenen Stellen des Thorax. Die Affektion wurde verschiedentlich behandelt; teils wurde dieselbe als tuberkulös aufgefaßt, teils angenommen, daß die Geschwülste von den Rippen ausgehen, und spirituöse Einreibungen und heiße Umschläge verordnet, unter welchen manche der Geschwülste erweichten. Als Patient sich vorstellte, bestand in der Linea axillaris posterior linkerseits in der Gegend der 9. Rippe ein überhandflächengroßer Tumor, der sich teils aus größeren, teils aus kleineren Geschwülsten zusammensetzte. Größtenteils war die Haut über demselben normal, nur an einer Stelle bestand eine Borke und eine narbige Einziehung; hier war die Haut bläulich verfärbt. Ein zweiter apfelgroßer Tumor war unterhalb der rechten Skapula und zwei andere kleinere an der vorderen Thoraxwand. Alle diese Geschwülste lagen subkutan und waren nicht schmerzhaft; dagegen war der Processus xiphoidens auf Druck sehr empfindlich. Die Diagnose bot insofern Schwierigkeiten, als die Haut über den Tumoren völlig normal war; indessen die an einer Stelle bestehende Erweichung sowie die Affektion des Brustbeins sprachen für subkutane Gummata. Unter einer Inunktionskur haben sich sämtliche Tumoren zurückgebildet. Reste

bestehen noch an der 6. und 9. Rippe; dieselben dürften bei weiterer spezifischer Behandlung zur völligen Resorption gelangen."

Wir sehen also, wie überaus schwierig es oft in solchen Fällen sein kann, die richtige Diagnose zu stellen, und man sieht auch in diesem Falle wieder, wenn man unseren Fall den subkutanen Sarkoiden (Darier-Roussy) gegenüberstellt, wie sie beide sowohl klinisch wie histologisch dasselbe Bild bieten. Es ist vielleicht anzunehmen, daß manche von den in der neueren Literatur beschriebenen Sarkoidfällen, besonders die, die jeglicher Arsentherapie trotzen oder nur eine vorübergehende Besserung zeigen, viel eher Gummata sein könnten. Auch hier hat uns wieder einmal die Wassermannsche Reaktion auf die richtige Spur verholfen, und es dürfte wohl angezeigt sein, sie bei jedem zweifelhaften Sarkoidfall anzustellen.

Zum Schlusse sei es mir an dieser Stelle nochmals gestattet, meinem hochverehrten Chef,

Herrn Prof. Dr. K. Herxheimer,

für die Zuweisung des Materials und das wohlwollende Interesse, mit dem er mich bei Anfertigung vorstehender Arbeit in liebenswürdiger Weise unterstützt hat, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. **Darier-Roussy,** Des sarcoides sous-coutanées. Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. No. 1 1906.
2. **Darier,** Die kutanen und subkutanen Sarkoide. Ihre Beziehung zum Sarkom, zur Lymphodermie, zur Tuberkulose usw. Monatsh. f. prakt. Derm. 1910 Bd. 50 S. 419.
3. **Darier** und **Philippson,** XVI. Intern. Mediz. Kongreß zu Budapest. 2. September 1909. Arch. f. Derm. u. Syph. 1910 Bd. 99 S. 444.
4. **K. Herxheimer,** Über multiple subkutane Gummen im Frühstadium der Syphilis. Arch. f. Derm. u. Syph. 1896 Bd. 37 S. 379.
5. **Griffini,** Ref. von Boll. Zentralbl. f. d. med. Wissensch.
6. **Unna,** Arch. f. Derm. u. Syph. 1878.
7. **Jadassohn,** Verhandl. d. Schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur. 1894. Deutsche med. Wochenschr. 1894 Nr. 10.
8. **Michelson,** Virchows Arch. 1889.
9. **Jakobsohn,** Ref. von Klink. Im Arch. f. Derm. u. Syph. 1877 S. 399.
10. **Baumgarten,** Zentralbl. f. d. med. Wissensch. 1876 Nr. 45.
11. **Brodowski,** Zentralbl. f. d. med. Wissensch. 1877 Nr. 22.
12. **Browicz,** Zentralbl. f. d. med. Wissensch. 1877 Nr. 19.
13. **Schuchard,** Virchows Arch. Bd. 135, 3 S. 394.
14. **Lang,** Vorlesungen über Pathologie und Therapie d. Syph. Wiesbaden (Bergmann) 1895.
15. **Kaposi,** Pathol. u. Therap. d. Hautkrankheiten. Wien (Urban & Schwarzenberg) 1887.
16. **Joseph,** Lehrb. d. Haut- und Geschlechtskrankh. 2. Teil. Leipzig (Thieme) 1894.
17. **Loewald,** Beitrag zur Diagnostik d. Hautgummen. Derm. Zeitschr. Bd. 6 S. 577.
18. **Koller,** Verhandl. d. Berliner dermat. Gesellsch. 1901. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 56 S. 452.

19. **Unna,** Lehrb. d. Histopathologie d. Hautkrankh. Berlin (Hirschwald) 1894.

20. **Ehrmann-Fick,** Kompend. der speziellen Histopathol. der Haut. Wien (Hölder) 1906.

21. **C. Boeck,** Fortges. Untersuch. über d. mult. benigne Sarkoid. Arch. f. Derm. u. Syph. 1905 Bd. 73 S. 71 u. 301.

Spezialdruckerei für Dissertationen, Robert Noske, Borna-Leipzig.

Lebenslauf.

Ich, Franz Ulrich Rudolf Bally, wurde am 21. Oktober 1882 als Sohn des Fabrikanten Otto Bally in Säckingen a. Rh. geboren und besuchte zunächst das Gymnasium zu Lörrach und dann das Gymnasium zu Freiburg i. Br., wo ich im Jahre 1902 mein Abiturium bestand.

Darauf bezog ich zwecks meines medizinischen Studiums die Universität Freiburg i. Br. und dann München, wo ich im Herbst 1905 das Tentamen Physicum bestand. Meine klinischen Semester verbrachte ich auf den Universitäten München, Berlin und Freiburg i. Br., an welch letzterer ich im Juni 1908 das Staatsexamen beendigte.

Als Medizinalpraktikant war ich zuerst an der chirurgischen Universitätsklinik in Freiburg i. Br. tätig, dann im städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. an der medizinischen Klinik und an der Frauenklinik. Am 4. Juli 1909 bekam ich meine Approbation als Arzt.

Nachdem ich dann meine Dienstzeit als einjährig-freiwilliger Arzt und als Unterarzt d. Res. abgedient hatte, war ich 4 Monate als Volontärassistent an der dermatologischen Klinik des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. Daran anschließend machte ich eine fünfmonatige Reise als Schiffsarzt nach der Westküste Südamerikas.